

Protokół nr 28
z posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia
w dniu 12 stycznia 2017 roku

Posiedzenie prowadziła Pani Halina Bieda, Przewodnicząca Komisji.

Członkowie Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia zgodnie z listą obecności (załącznik nr 1 do protokołu).

W posiedzeniu wzięli goście zgodnie z listą obecności (załącznik nr 2 do protokołu).

PORZĄDEK POSIEDZENIA:

1. Otwarcie posiedzenia, przyjęcie porządku.
2. Opiniowanie projektu uchwały Sejmiku Województwa Śląskiego w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach umowy najmu części kotłowni na czas oznaczony 10 lat oraz umowy najmu części dachu i części pomieszczenia maszynowni dźwigów na czas oznaczony do 31 grudnia 2024 roku oraz odstąpienie odm przetargowego trybu zawarcia tych umów (druk V/493).
3. Założenia do zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Sprawy różne.

Ad. 1

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – otworzyła posiedzenie Komisji, stwierdziła quorum potrzebne do podejmowania opinii i wniosków przez Komisję i powitała wszystkich zebranych. Następnie zapytała czy ktoś ma uwagi do przesłanego proponowanego posiedzenia.

Nie zgłoszono żadnych uwag. Porządek posiedzenia został przyjęty przez aklamację.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zasygnalizowana, że na dzisiejsze posiedzenie jest do zaopiniowania jest jeden projekt uchwały Sejmiku. Później Komisja zajmie się tematem ustalonym jeszcze na grudniowym posiedzeniu a dotyczącym założeń do ustawy o „sieci szpitali”. Pani Wicemarszałek Skowronek jest po spotkaniu z Panem Prezesem Szafranowiczem, który był również zaproszony na posiedzenie Komisji i wstępnie potwierdził udział w posiedzeniu. Sytuacja się zmieniła i z uwagi na gości z Ministerstwa Pan Prezes nie będzie mógł wziąć udziału w dzisiejszym posiedzeniu.

Ad. 2

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – przeszła do projektu uchwały Sejmiku z druku V/493 dotyczącym wyrażenia zgody na zawarcie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach umowy najmu części kotłowni na czas oznaczony 10 lat oraz umowy najmu części dachu i części pomieszczenia maszynowni dźwigów na czas oznaczony do 31 grudnia 2024 roku oraz odstąpienie od przetargowego trybu zawarcia tych umów. Zwróciła się do Radnych czy ktoś ma uwagi bądź pytania w sprawie projektu? Wobec braku pytań do projektu przeszła do głosowania i zapytała kto jest za pozytywnym zaopiniowaniem projektu uchwały z druku V/493?

Wynik głosowania przedstawiał się następująco: za-11, przeciw – 0, wstrzymało się – 0.

Opinia: Komisja Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia na posiedzeniu w dniu 12 stycznia 2017 roku przyjęła pozytywną opinię dotyczącą projektu uchwały Sejmiku Województwa Śląskiego w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach umowy najmu części kotłowni na czas oznaczony 10 lat oraz umowy najmu części dachu i części pomieszczenia maszynowni dźwigów na czas oznaczony do 31 grudnia 2024 roku oraz odstąpienie od przetargowego trybu zawarcia tych umów (druk V/493).

Ad. 3

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – poinformowała, że Pan Radny Jan Kawulok przygotował na dzisiejsze posiedzenie wystąpienie w formie prezentacji. Najpierw jednak głos zabierze Pani Wicemarszałek Skowronek, która przybyła na posiedzeniu bezpośrednio po spotkaniu Zarządu Województwa z Prezesem Szafranowiczem.

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek – ma wstępie podkreśliła, że Pan Prezes jest życzliwie nastawiony do wojewódzkich szpitali. Poinformowała, że w wyniku prac nad projektem ustawy oraz naszych działań u Pana Prezesa zwiększyła się ilość szpitali wchodzących w sieć - było 12 a w tej chwili jest 18 szpitali: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Sosnowcu, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Centrum Pediatrii w Sosnowcu, Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu – Zdroju, Szpital Wojewódzki w Bielsku – Białej, Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Częstochowie, Megrez w Tychach, Szpital Specjalistyczny w Zabrze, Katowickie Centrum Onkologii, „Urazówka” w Piekarach Śląskich, Szpital Chorób Płuc Pilchowice, Szpital Chorób Płuc w Wodzisławiu Śląskim i „Oparzeniówka” w Siemianowicach Śląskich. Rehabilitacyjne placówki marszałkowie nie wchodzą do sieci bo nie ma takiego założenia w projekcie ustawy, podobnie jednostki psychiatryczne również według ustawy nie wchodzą do sieci. One będą kontraktowane odrębnie. Na chwilę obecną 18 podmiotów jest w sieci. Projekt ustawy wyszedł już z Ministerstwa Zdrowia, na Komisję Zdrowia jeszcze nie dotarł.

Radny Jacek Świerkocki – interesował czy Orzesze jest w sieci?

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że nie.

Radna Urszula Koszutska – zapytała, czy można liczyć, że lista zostanie przesłana Radnym?

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – odpowiedziała, że właśnie chciała to zaproponować.

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że lista zostanie przesłana mailem.

Radny Andrzej Gościński – zapytał, czy poza szpitalami wojewódzkimi mamy informację na temat innych szpitali z terenu województwa śląskiego, które znajdują się na dzień dzisiejszy w sieci?

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że ma taką informację i może ewentualnie potwierdzić czy jakaś jednostka jest w sieci.

Radny Jan Kawulok – uzupełnił, że również ma listę szpitali. We wtorek odbyło się spotkanie, na którym obecny był między innymi Pan Prezes, Prezes Funduszu Oddziału Opolskiego. Otrzymał listę szpitali. Pan Prezes stwierdził, żeby każdy dyrektor po przeanalizowaniu materiałów zadzwonił i umówił się na rozmowę, bo być może trzeba jeszcze coś wyjaśnić. Lista jest więc jeszcze wersją roboczą. Każdy z dyrektorów, który na dzień dzisiejszy nie jest w sieci albo jest ale w niższej kategorii niż oczekuje, powinien się skontaktować. Teraz dyrektorzy szpitali obojętnie czy szczebla wojewódzkiego powiatowego czy miejskiego, szpitala publicznego czy prywatnego, powinni umówić się na spotkanie z Prezesem by wspólnie ustalić czy kwalifikacja danej jednostki jest dobra czy też zasadna jest korekta.

Radny Andrzej Gościński – zapytał, ile szpitali z województwa śląskiego w sieci?

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że marszałkowskich jest 18, pozostałe musiałby policzyć. Około 70.

Radny Mirosław Mazur – zapytał, ile jest w ogóle szpitali?

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że jest ich 135.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zauważyła, że generalnie połowa wypada z sieci. Zapytała, czy w stosunku do szpitali, które są prowadzone przez nas a nie znalazły się na liście, są jakieś plany, pomysły przekształcenia (łączenia, dzielenia)? Trzeba zmierzyć się z tematem.

Radny Mirosław Mazur – zauważył, że temat jest szerszy. Jedno to miejsce, które reprezentujemy czyli Samorząd Województwa Śląskiego i nasze jednostki. Przy tej liczbie jednostek z województwa, które wypadają z sieci problem jest poważny w ogóle. To nie jest profesja naszego pomysłu, czy samorządowców na to, co z tym zrobić. Na to pytanie powinna odpowiedzieć strona rządząca. Gdyby z sieci wypadło 5/10% jednostek byłoby to jakieś wyzwanie ale do rozwiązania. Przy 50% obawia się czarnego scenariusza. Sprawa jest poważna.

Radna Urszula Koszutska – poparła słowa Pana Radnego Mazura. Wyraziła głębokie zaniepokojenie sytuacją leczenia w województwie. Do tej pory były informacje o kolejkach, o tym, że miejsca są potrzebne. Było przekonanie, że propozycje pójdą w zupełnie innym kierunku. Nie rozumie też kwestii szpitali psychiatrycznych.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – odpowiedziała, że z tego co wie i o czym mówiła Pani Wicemarszałek szpitale psychiatryczne mają oddzielną, odrębną ścieżkę finansowania.

Radna Urszula Koszutska – upewniała się, że skoro szpitale psychiatryczne mają oddzielną ścieżkę finansowania to w projekcie szpitale marszałkowskie są zabezpieczone.

Wicemarszałek Województwa Śląskiego Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że jest pula przeznaczona specjalnie dla szpitali psychiatrycznych w drodze konkursowej i szpitale marszałkowskie będą do nich przystępować.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – poprosiła Radnego Jana Kawuloka o omówienie przygotowanej przez siebie prezentacji.

Radny Jan Kawulok – na wstępie poinformował, że najpierw powie krótko o podstawach prawnych projektu. Podkreślił, że przygotował analizę na własne potrzeby pod kątem swojego rejonu, z którego pochodzi, który jest jednocześnie rejonem operacyjnym systemu ratownictwa medycznego. Następnie przeszedł do omawiania prezentacji. Ważny jest tytuł: jest to system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Taka jest idea zmiany. Podstawowe czyli nie obejmuje rehabilitacji, psychiatrii i kilku innych działań. Musimy odnieść się

do sytuacji dzisiejszej polskiej służby zdrowia. Podzielił ją na trzy kategorie: pacjenta, organu tworzącego i problemu płatnika. W kwestii pacjenta kontrola z roku 2016 wykazała, że pomimo wzrostu nakładów kolejki wzrosły o około pół roku. Polski system ochrony zdrowia jest postrzegany jako jeden z najuboższych w Europie, brak kompleksowej usługi na przykładzie mammografii. W każdej gazecie jest ogłoszenie o mammografii ale po odebraniu wyników kobieta nie wie co z nimi zrobić. Nie ma poradni chorób sutka. W 1998 roku utworzył taką poradnię, gdzie była mammografia, chirurg, onkolog i patomorfolog, USG. Miało to jakiś sens. Dzisiaj każdy robi pieniądze a system jest nieczytelny dla pacjenta, bardzo często pacjent nie wie co ma robić. Organ tworzący. Jest nim Samorząd Województwa. Zadłużenie jednostek jest jego problemem. Brak jednoznacznie określonych zadań. Dzisiaj niektóre samorządy zamykają wszystko, likwidują szpitale, które mają się dobrze. Jest przerażające, że samorząd może pozbyć się całej sfery działalności i nadal funkcjonować. Problemem płatnika jest brak środków finansowych mimo wzrostu nakładów. Niekontrolowany wysyp podmiotów i fatalna ocena społeczna. Z tematem, który chce dzisiaj się przedstawić zmagamy się praktycznie od 1991 roku i niestety bez skutku. Już w 1991 roku był zapis, że minister właściwy ds. zdrowia po zaciągnięciu opinii władz samorządowych ustala w drodze rozporządzenia plan rozmieszczenia szpitali publicznych. To nie zostało zrealizowane. Rok 1997 kolejna ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych, podobny zapis: minister właściwy ds. zdrowia określi w drodze rozporządzenia krajową sieć szpitali. Dalej chronologicznie. 2007 rok projekt ustawy o sieci szpitali złożony przez Ministra Religiję. W wyniku zmiany rządu projekt nie był realizowany. Grudzień 2008 rok i ustawa o obligatoryjnym przekształceniu wszystkich sp zoz-ów w spółki, zawetowana przez Prezydenta. Kwiecień 2011 roku ustawa o działalności leczniczej zakazująca tworzenia zakładów publicznych. W roku 2016 zakaz ten został uchylony, co my jako Radni oprotestowaliśmy. Teraz jest nowy projekt: 26 września 2016 roku na stronie Rządowego Centrum Legislacyjnego pojawił się dokument tj. projekt zmiany ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, rozdział nazywa się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Jest definicja, są wymienione zadania czyli zabezpieczenie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych oraz zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Szczególnie ta ciągłość i kompleksowość jest dzisiaj ogromnym problemem każdego pacjenta. Ustawa zaproponowała podział szpitali: szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia. To są wszystko szpitale ogólne, wieloprofilowe i one w zależności oddziałów i struktury mają odpowiednią kategorię; najkorzystniejsza jest trzecia kategoria. Oprócz tego są jeszcze szpitale onkologiczne i pulmonologiczne, szpitale pediatryczne i szpitale ogólnopolskie. Co było plusem podziału. To jest upoważnienie Ministra do określenia profili charakterystycznych dla poszczególnych poziomów, zasad kwalifikacji i kryteria, które budzą dzisiaj największą wątpliwość, ponieważ na tej podstawie każdy dyrektor, starosta czy marszałek może określić w jakiej kategorii jego szpital się znajdzie. Co było plusem tego dokumentu, że razem z ustawą zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia czyli ten akt wykonawczy, który ustawa przewidywała. Z reguły najpierw była ustawa a potem czekało się na akt wykonawczy. Rozporządzenie zostało do tej ustawy dołożone jako projekt. Nazwa: Rozporządzenie w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy system zabezpieczenia oraz kryteriów lub kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów. Poziom szpitali I stopnia to te oddziały najbardziej powszechne,

najczęściej występujące w Polsce czy na świecie: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria tu jest uzupełnienie wraz ze świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach innych profili i zbliżonych do chirurgii ogólnej, zbliżonych do chorób wewnętrznych i zbliżonych do położnictwa. Do II poziomu są ujęte już bardziej skomplikowane oddziały czyli chirurgia dziecięca, kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otolaryngologia i urologia. Poziom III najbardziej szeroki: chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, chirurgia naczyniowa, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci, choroby zakaźne, choroby zakaźne dla dzieci, kardiochirurgia, kardiochirurgia dla dzieci, kardiologia dla dzieci, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, neurologia dla dzieci, okulistyka dla dzieci, ortopedia traumatologia narządu ruchu dla dzieci, otolaryngologia dla dzieci, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci, urologia dla dzieci. Co zaproponował Minister?! Ustala się następujące kryteria kwalifikacji dla świadczeniodawców do poszczególnych zabezpieczenia. Do poziomu szpitali I stopnia kwalifikuje się świadczeniodawców spełniających łącznie następujące kryteria: udzielają świadczeń w ramach co najmniej 2 profili (z czterech wymienionych w poziomie I), udział liczby hospitalizacji zakończonych najpóźniej w następnym dniu od dnia przyjęcia jest mniejszy niż 50% liczby hospitalizacji realizowanych w ramach tych profili w okresie ostatniego roku kalendarzowego (chodzi o to by szpitale które utrzymują czasem pacjenta na 40 minut a są bardziej poradniami, wyeliminować). Do poziomu szpitali II stopnia kwalifikuje się świadczeniodawców o których musi być OJOM czyli anestezyjologia i intensywne terapie oraz co najmniej 6 profili z grupy I i II przy czym z tej grupy II profilu musi mieć co najmniej 3 (może mieć również wszystkie 6 profili z kategorii II i takich szpitali będzie dużo na Śląsku). Do poziomu szpitali III stopnia kwalifikuje się świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach obowiązkowo OJOM-u, również i OJOM dla dzieci oraz co najmniej 8 profili określonych w grupie I, II i III przy czym co najmniej 3 profili z grupy III. Ta kwalifikacja dla dyrektorów od początku była bardzo czytelna. Pytanie co w sytuacji gdy szpital ma tylko 1 oddział z grupy podstawowej, na ile jego znaczenie jest ważne w systemie. Po opublikowaniu projektu była możliwość konsultacji społecznych. Następnie Pan Radny zasygnalizował, że również zgłosił własne uwagi do dokumentu. Stwierdził między innymi, że w wykazie pominięto istotne elementy jak oddział diabetologiczny, dermatologiczny, geriatryczny oraz nefrologiczny. Część ze zgłoszonych uwag została uwzględniona. Pisał również uwagi odnośnie szpitali ogólnopolskich, sprawa dotyczyła głównie „Oparzeńki”, która jest w sieci ale nie na poziomie szpitali ogólnopolskich, bo organem tworzącym dla szpitali ogólnopolskich ma być minister lub instytut. Wiemy, że sytuacja u nas jest dosyć ciekawa, że dla szpitali o tak szerokim zakresie pacjentów z różnych województw organem tworzącym jest Sejmik. Rozmawiał w tej sprawie z Dyrektorem Nowakiem. Na dzień dzisiejszy „Oparzeńka” jest w drugiej kategorii, co uwarunkuje wszelkie sprawy kontraktowe. Czy będzie w Sejmie jakaś ewentualna zmiana trudno na dzień dzisiejszy powiedzieć. „Urazówka” tych problemów nie ma. Każdy dyrektor mógł walczyć o swoje na etapie konsultacji, może też nadal walczyć. 19 grudnia pojawiła się zmiana tej ustawy, ona bardzo mocno rozszerzyła tę definicję o programy lekowe, o pewne chemioterapie, co w efekcie spowodowało że tych szpitali w sieci jest na dzień dzisiejszy więcej. To jest ten dokument, który Minister Zdrowia przyjął i przekazał do Rządu, czekamy na jego zatwierdzenie. Do końca marca ustawa musi być obowiązująca, jeżeli chcą dotrzymać harmonogramu, który wynika z założeń tej ustawy. Następnie Pan Radny przeszedł do analizy swojego rejonu, który obejmuje

miasto Bielsko – Białą, powiat bielski, powiat cieszyński i powiat żywiecki. Ilość mieszkańców w regionie 664 tys. Według danych, które są dostępne na stronie Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w tymże obszarze szpitale ogólne: w Bielsku - Białej 17, w tym publicznych 4. Jeszcze 15 lat temu ta proporcja była odwrotna. Na dzień dzisiejszy sytuacja jest przewrócona, ilościowo bo pacjenci nie. Ujęte zostały również szpitale i zakłady psychiatryczne ze względu na dalszą analizę choć wiadomo że nie dotyczy to sieci. Powiat bielski ma szpitali 5 w tym 3 publiczne. Powiat cieszyński ma 8 w tym 3 publiczne a Żywiec ma 3 w tym 1 publiczny. Zsumowane razem szpitale, te 33 plus 5 psychiatrycznych, w omawianym regionie jest 38 szpitali zajmujących się pacjentami. Następnie przedstawił w analizie 50 tys. wyjazdów karetek w czterech powiatach w ubiegłym roku. Wszystkie wyjazdy a na wykresie jest przedstawiona informacja, gdzie pacjent trafiał z karetki. Na 38 jednostek widzimy, że 20 jednostek nie przyjęło ani jednego pacjenta w trybie ostrym. Na pierwszym miejscu przyjmujących jest Szpital Wojewódzki w Bielsku Białej (9170), na drugim miejscu jest Szpital w Cieszynie (7684), potem jest Szpital w Żywcu, które ma trudne warunki lokalowe a pomimo to przyjmuje pacjentów przywożonych karetkami, na kolejnym miejscu jest Beskidzkie Centrum Onkologii. Są dwa szpitale na omawianym rejonie działania - Wojewódzki Szpital w Jastrzębiu oraz Szpital w Pszczynie, gdzie pacjenci są z sąsiednich obszarów. Interesujące jest, że cztery jednostki na 38 zabezpiecza 85% przypadków nagłych. Podobną analizę zrobił w rozbiciu na powiaty. Te proporcje są jeszcze głębsze. W powiecie cieszyńskim Szpital w Cieszynie z 23 oddziałami szpitalnymi przyjmuje 7600 a drugi w kolejności szpital w powiecie przyjmował 191. Z punktu widzenia rzeczywistej pracy tak to dzisiaj wygląda. O odbyło się spotkanie na konferencji, którą organizuje od wielu lat. Udział wziął Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu Pan Jerzy Szafranowicz, również Prezes Opolskiego Oddziału. Na spotkaniu wypadliśmy dobrze. Dyrektor rozdał materiały nt. „sieci szpitali” do użytku wewnętrznego wszystkim dyrektorom, każdy na podstawie kryteriów ma prawo przeanalizować i zauważyć, czy jego szpital został dobrze zakwalifikowany. Na tej samej konferencji poprosił czterech dyrektorów o referat: system podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, szansa czy zagrożenie dla twojego szpitala?! Wybrał jednostki: jeden szpital z województwa opolskiego w formie spółki z o.o., jeden szpital wojewódzki i dwa szpitale powiatowe. Dyrektorzy przedstawiali swoje obawy i szanse. Szanse widzą zwłaszcza w lepszym finansowaniu. Nasuwa się pytanie co z pozostałymi?! Pozostałe jednostki będą na aktualnych zasadach czyli w ramach konkursów.

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – zauważyła, że tylko pula środków mniejsza.

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że nie, to jednak trudno powiedzieć. Jest wiele wątpliwości. Pierwszy etap o którym mówił Dyrektor Szafranowicz, to weryfikacja listy. Drugim etapem będzie analiza finansowa. Kontynuował omawianie prezentacji. Generalnie proponowane rozwiązania są korzystne dla mieszkańców omawianego subregionu województwa. Wszystkie szpitale, które przyjmują pacjentów w trybie nagłym przywożeni karetkami są w sieci i to na dobrej pozycji. Dwie jednostki są nawet w trzeciej kategorii. W kategorii drugiej jest Jastrzębie, który ociera się o trzecią kategorię. Pan Dyrektor Szafranowicz powiedział wprost, trzeba usiąść i zastanowić się co trzeba zrobić, żeby Szpital w określonym czasie był w „trójce” w sieci. Wszyscy wiedzą, że szpital jest dobry i jakieś formalne uwarunkowania są. Być może poprzez uruchomienie nowego oddziału, który będzie potrzebny, Szpital znajdzie się w korzystniejszej sytuacji.

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – zauważyła, że dwa lata będzie musiał przystąpić do konkursu żeby wejść.

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że w tej chwili nowelizacja zmieniła profile na kwalifikujące i pozostałe. Jeżeli ktoś dostaje kontrakt, to dostanie kontrakt również na te pozostałe. To jest opinia, która wynika z zapisów ustawy. Kontynuując analizę na temat szans i zagrożeń proponowanych zmian wymienił skrócenie w wielu obszarach i likwidację kolejek. Tam gdzie jest dzisiaj płacone w formie ryczałtu nie ma kolejek. Widać to ratownictwie medycznym, gdzie jest stały ryczałt. Gdyby płacono za wyjazd na pewno byłyby nawykonania. Czy jest się 10, czy 15, czy 30 wyjazdów na dobę kwota jest taka sama. Wyjazdów jest tyle ile jest potrzebne i wbrew pozorom jest to możliwe do wykonania. Nie ma nadwykonań w POZ. Kolejną korzyścią zmian jest uporządkowanie bazy szpitalnej. Pieniądze będą większe, z dwóch źródeł: większy PIT oraz zapowiedź, że szczepienia będą wyjęte z Funduszu a pieniądze które miały iść na szczepienia będą na pulę podstawową. Byłby wielkim zwolennikiem by nie zabierać nikomu tylko żeby zrobić proces w ciągu trzech, czterech lat, tym jednostkom, które są w sieci dawać cały przyrost. Nie dawać tym, którzy poprzez to że dzisiaj mają mniej pracy potrafią wywalczyć środki na różnych zasadach. Kolejną kwestią jest przepływ środków finansowych. Sytuacją nagminną jest to, że nie ma kto pracować na SOR, gdzie dyżur jest trudny a jednostka o wiele prościej płaci personelowi lepiej, bo ma lepsze finansowanie. Są jednostki, które się w tym odnalazły, które niekoniecznie robią dobre świadczenia. Podkreślił, że przedstawiona ocena jest subiektywną oceną proponowanych zmian. Jest Radnym z Cieszyna, stąd mówi o regionie z którego pochodzi. Jeżeli chodzi o zagrożenia, to największym zagrożeniem jest to że ustawa może nie zostać przyjęta. Od 1991 roku lobby przeciwne sieci szpitali jest duże i coraz mocniejsze. Te 25 jednostek z analizy, które na wykresie miały zero będą walczyć. Może też zwyciężyć zasad „nic nie róbmy”. Musimy podjąć działania i widzimy że się to dzieje. Uczestniczył z Panią Wicemarszałek na spotkaniu Związku Województw, gdzie marszałek jednego z województw chwalił się, że połączył na szybko dwa szpitale, bo w przeciwnym razie żaden by nie był w sieci. Odblokowana możliwość, że można tworzyć nowe sp zoz-y ułatwia działania. Ostatni punkt: jak wszystkie szpitalem włączymy do sieci to nic się nie zmieni. Musimy mieć odwagę ocenić pewne fakty, zweryfikować. Na zakończenie powołał się na dwa europejskie systemy zdrowotne austriacki i niemiecki, bo polski system jest do nich najbardziej zbliżony (jesteśmy najbardziej zbliżeni do systemu austriackiego). Generalnie każdy kraj związkowy zobowiązany do planu szpitali opartego na zapotrzebowaniu, tam jest sieć szpitali. W Niemczech nie ma możliwości by ktoś otworzył sobie szpital bez opinii władz lokalnych.

Radna Krystyna Jasińska – nawiązała do prezentacji omówionej przez Pana Radnego Kawuloka, gdzie mówił iż 11 z tych 38 placówek to jednostki publiczne i jednocześnie 10 placówek świadczy dla mieszkańców usługi w zakresie przyjmowania na ostry dyżur. Zapytała w wśród placówek, które nie świadczą tych usług są jednostki publiczne czy niepubliczne i w jakich proporcjach.

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że jedno i drugie. Nie ma danych na temat proporcji nie ma. Skupił się na danych, jak karetka przekazuje pacjenta i potwierdzeniach odbioru. Takimi danymi dysponuje Fundusz, dużo z nich jest u Wojewody, każdy może z nich skorzystać. Osobiście skorzystał w prezentacji na podstawie danych Wojewoda.

Radny Mirosław Mazur – w odniesieniu do prezentacji Radnego Jana Kawuloka, w której zostały przedstawione przypadki ewidentnie związane z działalnością Radnego, wyraził wątpliwość, że nie jest to jednak cały obraz sytuacji tych szpitali,

To, że nie zawozi się do jednostek przypadków bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, gdzie pogotowie powinno interweniować, to jest tylko część sytuacji. Te szpitale obsługują szereg pacjentów, którzy są tam w sposób nie nagły, zaplanowany czy uzgodniony. Chciałby zobaczyć jak wygląda wykres, jak przedstawia się proporcja pomiędzy przypadkami nagłymi, takimi które wymagają interwencji pogotowia a przypadkami planowanymi. To co pokazał Pan Radny Kawulok nie jest kompletem informacji. Stąd byłoby zbyt pochopne żeby tylko te szpitale, które wykazał Pan Radny z automatu weszły do sieci bez troski co się dzieje w tych pozostałych placówkach. Żeby sobie wyrobić zdanie, żeby mówić o szansach i zagrożeniach, trzeba całości. Z perspektywy działalności Pana Radnego wyciągnięte wnioski są może i słuszne i cenne, czy to jednak będzie miało wpływ na całość to miałyby tutaj wątpliwości.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – podkreśliła, że Pan Przewodniczący Kawulok wyraźnie powiedział, że przedstawione dane, prezentacja dotyczy jego obszaru działania, nie całości. Nie powinniśmy wyciągać wniosków dla wszystkich szpitali, marszałkowskich i innych.

Radny Jan Kawulok – stwierdził, że gdyby stworzyć podobną analizę dla pozostałych subregionów, to uzyskamy tam na nasze najważniejsze jednostki ale i najbardziej zadłużone. Żeby przyjąć jednego pacjenta w nocy potrzeba około 20 pracowników. Od laboratorium, rentgena, rezonansu poprzez pielęgniarki, lekarzy. Szpital, który kończy dyżur o godzinie 16 ma niewspółmiernie niskie koszty. Druga ocena tych szpitali to, to co wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia czyli profile oddziałów. Jeżeli szpital faktycznie ma pacjentów w grupie chorób zakaźnych, neurochirurgii, to wiadomo, że sam fakt posiadania tego działu gdzieś umiejscawia jednostkę. Są dane dotyczące jednostek chorobowych, ilości operacji. Jeszcze raz podkreślił, że przygotował prezentację czy składał uwagi w swoim imieniu, w swoim obszarze działania, wymienił opinie mieszkańców ze swojego subregionu i tamtejszych szpitali. Następnie podjął kwestię geriatry. Stwierdził, że na dzień dzisiejszy łóżek geriatrycznych na Śląsku jest trzy razy więcej niż w województwie mazowieckim. Pan Profesor Derejczyk mówi, że u nas jest za mało łóżek a Warszawa mówi, że ma w sam raz a przecież ma trzy razy mniej. Miał okazję porozmawiać z Panem Wiceministrem na ten temat, który podkreślił, że geriatryka nie stanowi podstawowego zabezpieczenia. Zauważył, że jeżeli jakiś szpital 15 listopada wywiesza informację, że nie przyjmuje do końca roku, bo skończył się limit to znaczy, że pacjenci mogą bez niego funkcjonować, on nie stanowi podstawowego zabezpieczenia. Jest ważnym elementem systemu ale nie podstawowym.

Radna Urszula Koszustka – zapytała, co jednak te jednostki mają zrobić?

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że przyjmować ponad limit, bo wtedy pacjent nie umrze.

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – zauważyła, że to są jednak później nasze długi.

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że tak. Dlaczego więc te pieniądze nie powinny przejeść stąd dotąd, do jednostek które przyjmują?! Dlatego założył w prezentacji lepszy przepływ w strumieniu pieniędzy. Projekt, który przygotował Minister Religa w 2008 roku miał inną konstrukcję i tamta była mu chyba bliższa, z wskaźnikami łóżek. Uważa, że najważniejsze jest by zacząć: żeby Fundusz zaczął Minister zaczął i my też. To o czym mówiła Pani Wicemarszałek - zastanowić się co zrobić by jednostki takie jak Szpital w Jastrzębiu dowartościować. Czasem są sytuacje, że jest nasz mały szpital przy dużym szpitalu powiatowym. Nasuwa się pytanie, czy starosta nie

chciałby wzmocnić swojej struktury poprzez przejęcie naszego małego zakładu jedno czy dwuoddziałowego.

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że jeździła po starostwach i nikt nie chciał wziąć.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zauważyła, że przykładem takim jest Miasto Katowice, które chyba nie chce mieć żadnego szpitala.

Radny Jan Kawulok – przychylił się do zdania i stwierdził, że to co miasto robi z Murckami to majstersztyk. Murcki miały problem a jeśli przekażą jednostkę do kliniki nie będą mieli z tym problemu. Stąd uważa, że jest wielką krzywdą, że te samorzady, które pozbyły się szpitali, nie muszą płacić jakiejś kwoty. Dlaczego jeden samorząd żywiecki, tarnogórski, cieszyński musi dopłacać do szpitali a bogatsze Katowice ostatni szpital jaki mają chcą połączyć z klinicznym, a mieszkańców zabezpieczają szpitale kliniczne i marszałkowskie. Nawet jeśli tak jest powinni przekazywać z tego tytułu jakieś środki. To wynika z luki prawnej.

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – przyznała w tej kwestii rację Panu Radnemu Kawulokowi. Tymczasem ochrona zdrowia to zadanie własne każdego samorządu.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zauważyła, że ustawa nie reguluje tego w żaden sposób.

Radny Jan Kawulok – w nawiązaniu do wypowiedzi Radnego Mazura stwierdził, że zgadza się że ostre wizyty karetek są jednym z elementów oceny. Natomiast na pewno ostry dyżur w tych szpitalach, które potrafią przyjąć karetkę jest kilkakrotnie droższy od innego.

Radna Urszula Koszutska – nawiązała do wypowiedzi prezentacji Radnego Jana Kawuloka, podczas omawiania której stwierdził, że w Polsce jest najgorszy system ochrony zdrowia. Zapytała skąd taka wiedza i takie dane? Pan Radny przytaczał różne dane statystyczne, oparł się na różnych wyliczeniach, porównał również polski system ochrony zdrowia do systemu ochrony zdrowia w Austrii i w Niemczech, stwierdzając że jest tam o wiele korzystniej. Zapytała Pana Radnego Kawuloka czy porównał jak jest u nas i tam składka na pacjenta, środki na szpitale? Wydaje się, że wiele trudności naszego systemu ochrony zdrowia wynika z poważnego niedofinansowania. Pan Radny wymienił wśród szans lepsze wykorzystanie kadry medycznej. Zapytała Pana Radnego co miał na myśli?

Radny Jan Kawulok – jeśli chodzi o ocenę systemu ochrony zdrowia odpowiedział, że są prowadzone rankingi, które oceniają systemy ochrony zdrowia. Odszuka te źródła i udzieli szczegółowej informacji na ten temat później. Faktycznie najlepszym system ochrony zdrowia na świecie jest system kanadyjski. Jest badanie statystyczne jak oceniasz system ochrony zdrowia w swoim kraju.

Radna Urszula Koszutska –dopytywała Radnego Jana Kawuloka czy na sesji Sejmiku uściślił informację na podstawie czego doszedł do takich wniosków?.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zauważyła, że nie ma takiej potrzeby, nikt tego nie wymaga.

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że opinia na temat systemu to jego prywatne zdanie. Zdanie Pani Radnej Koszutskiej jest inne i może przygotować w formie prezentacji swoje stanowisko. W nawiązaniu do pytania na temat lekarzy przytoczył przykład zakładu opiekuńczo – leczniczego, który ma 100 pacjentów i dwóch lekarzy. W standardach Funduszu pojawiło się 6 lekarzy. Oni tam są, bardzo często formalnie, oni tam biorąc wynagrodzenie nie muszą pracować tam gdzie jest dużo pracy. Jeżeli ktoś odstąpi od tego typu rozwiązań.... W powiecie cieszyńskim w zeszłym roku w styczniu powstały dwa ZOL i natychmiast było zagrożone istnienia

oddziału płucnego, bo ci lekarze dostali propozycję pracy tam lepiej płatnej. Jeżeli zdaniem Funduszu na oddziale płucnym ma być 6 lekarzy a dwóch odchodzi, to powstają sytuacje jakie zdarzały się w szpitalach marszałkowskich, zamykany był oddział bo nie było określonej liczby lekarzy. Szpitale nie mają środków by zatrzymać lekarzy, którym prywatny podmiot oferuje lepsze wynagrodzenie. W jego ocenie sieć wzmocni się finansowo. Podkreślił, że w sieci są i jednostki publiczne i niepubliczne. W pytaniu na temat składki na ochronę zdrowia przytoczył raport NIK z zeszłego roku, który rozpoczyna się od zapisu, że mimo wzrostu o 4,5 mld między latami kolejka się wydłużyła. Pieniądze niejednokrotnie są wyciągane do innych sfer. Bez uporządkowania systemowego będzie trudno tego uniknąć. Najważniejsze jest żeby rozmawiać. Poruszył kwestię urologii: na dzień dzisiejszy na Śląsku praktycznie nie ma publicznej urologii. Nie ma zamiaru nie kontraktowania niepublicznej urologii. Nie mówmy więc że od 1 lipca urologia nie będzie miała kontraktu.

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – zauważyła, że w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Sosnowcu mamy świetny oddział urologii.

Radny Jan Kawulok – stwierdził, że jeśli chodzi o kontrakt 80% kontraktu na urologię w szpitalu idzie do niepublicznych jednostek. Stąd wzrost pieniędzy bez zmiany systemu jest bezsensowny. Uporządkowanie obszarów gdzie strumień pieniędzy ma być kierowany, większy strumień. Dobrym przykładem jest też wzięcie przez rząd pokrywania kosztów szczepień ochronnych. Automatycznie te pieniądze zostaną w Funduszu na kontraktowanie świadczeń. W 1999 roku bardzo wiele procedur było płaconych przez budżet państwa, potem procedury były przesuwane do Funduszu ale bez dodatkowych środków, a pieniędzy na to nie było. Dzisiaj powinniśmy procedury wysokospecjalistyczne wrócić do budżetu państwa a wtedy te pieniądze, które będą w Funduszu będą dzielone na inne podmioty. Kolejna kwestia - wzrost przynajmniej 6% PKB na nakłady zdrowotne. Jeżeli nie zwiększymy kształcenia lekarzy to to nic nie da. Podjęta przez Ministra Zdrowia decyzja żeby zwiększyć nabór na uczelnie medyczne o 20%, czasem nawet przy oporze pewnych środowisk, to dobry kierunek. Ten nabór musi być zwiększany co najmniej przez 5 kolejnych lat, żeby te pieniądze miał je potem kto przerobić. Na dzień dzisiejszy jest dramatyczna sytuacja kształcenia lekarzy.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zauważyła, że to często lekarze nie chcą więcej lekarzy. Sądzi, że jeszcze daleka droga do tych zmian.

Radna Lucyna Ekkert – na wstępie zauważyła, że na pewno potrzebne jest uporządkowanie i co do tego wszyscy chyba chcą zgodni. Na pewno jesteśmy zaniepokojeni, że aż tyle szpitali wypada z sieci, bo obawiamy się wszyscy że to uporządkowanie nie zmniejszy kolejek. Następnie zapytała o środki na szczepienia: czy to środki, które posiada Narodowy Fundusz Zdrowia, czy to środki dodatkowe z Ministerstwa?

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – odpowiedziała, że to są dodatkowe środki.

Radny Jan Kawulok – dopowiedział, że zawsze Minister Zdrowia szczepił. Dwa lata temu została znowelizowana ustawa o finansowaniu tych świadczeń i przejął je Fundusz czyli Minister w planie budżetu nie musiał ujmować ileś milionów na szczepienia. W tej chwili ten przepis został wykreślony czyli automatycznie wróciło to do budżetu państwa. Minister musi na to zaplanować środki.

Radna Lucyna Ekkert – zapytała czy na oddziały, profile inne niż te, które determinują przynależność do określonego stopnia, szpital dostaje w ramach ryczału czy też w ramach konkursu?

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że w ramach ryczału. Po zmianie z 19 grudnia ustawa dzieli profile na kwalifikujące i pozostałe. Te pozostałe też mają być płacone

w formie ryczału. Razem z dwoma dokumentami z 19 grudnia są jeszcze dwa dokumenty dodatkowo: jest zarządzenie Ministra Zdrowia odnośnie płacenia za świadczenia, które nie są objęte ryczałem oraz dokument dotyczący dość długiego i skomplikowanego wzoru w jaki sposób będzie liczony nowy ryczałt. W pierwszym kroku dyrektor szpitala musi mieć pewność, że przyporządkowanie jest dobre. Na spotkaniu z Dyrektorem Szafranowiczem byli również dyrektorzy, którzy wiedzą że nie będą w sieci i którzy dopytywali kiedy będzie konkurs. Zasygnalizował, że z mocy ustawy wszystkie umowy na nocną i świąteczną opiekę są rozwiązane. Z mocy prawa ma to dostać szpital, który jest w sieci.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zauważyła, że wszystko wyjdzie, jak będzie ostateczny kształt sieci. Wiele elementów może się jeszcze zmienić.

Radny Jan Kawulok – poruszył problem 4-letniego terminu określonego w ustawie w kwestii które zdania są podzielone. Część z dyrektorów mówiła, że jest to zdecydowanie za krótko. Jeżeli jakiemuś szpitalowi brakuje jednego czy dwóch oddziałów być w wyższym profilu. Być może gdyby termin był krótszy, byłoby to korzystniejsze dla tych szpitali. Ci dyrektorzy, którzy już są w sieci chcieliby wydłużenia terminu. Z kolei Ci na granicy chcieliby możliwości by wejść przy określonych warunkach w ciągu dwóch lat. Wszystkim nie sposób dogodzić.

Radna Lucyna Ekkert – nie wszyscy dyrektorzy jednostek pochwalają też, że na oddziały w ramach profilach dostaną środki w ramach ryczału a nie konkursu.

Radny Jan Kawulok – poruszył też kwestię zapisu 85%, którego nie znalazł w żadnym dokumencie.

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – przypomniała, że mówił o tym Dyrektor Szafranowicz, jak rozpoczął pracę nad siecią szpitali

Radny Jan Kawulok – odpowiedział, że Dyrektor mówił że ma taką informację od Wiceministra. Zapytany o to Wiceminister skąd to ma, powiedział że nie wie. Poruszył kwestię psychiatrii. Psychiatria jest niezależna. Osobiście jest zwolennikiem psychiatrii przy szpitalach ogólnych, leczenie jest lepsze, jest kontakt z rodziną.

Radna Lucyna Ekkert – zastanawiała się, kiedy możemy spodziewać się zwiększenia środków.

Radny Andrzej Gościński – na wstępie powiedział, że z zainteresowaniem wysłuchał prezentacji Radnego Kawuloka, opracowanego z punktu widzenia miejsca pracy pana Radnego, reprezentującego określonego subregion. Pan Radny z pewnością doskonale wie też, że gdyby patrzeć na „Urazówkę” w Piekarach Śląskich, to taki będzie procent będą doraźne złamania a reszta to będą planowe zabiegi, zupełnie odwrotna konstrukcja świadczeń. Istota jest liczba udzielanych świadczeń, z czego część są to świadczenia doraźne. Kolejną kwestią jest finansowanie. Finansowanie można poprawić na kilka sposobów: poprzez zmniejszenie liczby zabiegów, poprzez zmniejszenie liczby szpitali. Istota sprawy finansowania w tym systemie wydaje się tkwić w tym ryczałcie. Skąd się weźmie. Przechodzi do metodologii. W Jego przekonaniu zmiana systemowa w tych projektach prawie nie ma związku z populacją, że w jednym województwie jest 5 mln ludzi a w drugim województwie jest 1,5 miliona ludzi. Propozycja profesora Religi by wziąć zależność łóżka do populacji a potem dopiero zacząć dyskutować o dyscyplinach medycznych chirurgii czy internie, z punktu widzenia metodologicznego by mi odpowiadało. Jeżeli żyjemy w jednym województwie nie możemy założyć, że w województwie podkarpackim chorują bardziej niż w województwie śląskim. Są różnice pomiędzy województwami ale statystycznie zachorowalność na poszczególne jednostki chorobowe jest podobna. Nie przywiązywanie dużego znaczenia do liczby ludności może być błędem tego systemu. Zwiększanie

finansowania poprzez PIT jest jakimś sposobem. W poprzedniej kadencji Platforma Obywatelska nie miała odwagi zwiększyć składki. Trzeba mieć dużą odwagę polityczną by narazić się wszystkim. Platforma nie miała też takiego komfortu rządzenia, braku potrzeby budowania koalicji. Być może obywatele mogliby oczekiwać od takiego rozwiązania wyborczego, które powierzyło jednej partii tak znakomitą część głosów, żeby ta partia miała jednak odwagę polityczną powiedzieć wszystkim: trudno, musimy znaleźć pieniądze dodatkowe, podjąć ryzyko narażenia się wszystkim bo w tym systemie pieniądze są potrzebne. Zgadza się tezą Pana Radnego Kawuloka, że nie można dosypywać pieniędzy do systemu bez jego doskonalenia. Na koniec nawiązał do ostatniego slajdu prezentacji, że w wyniku zmiany skróci się kolejki. Nie widzi związku przyczynowo – skutkowego prawie żadnego przy wprowadzeniu tego systemu, jakby się to miało przełożyć na zmniejszenie kolejek.

Radny Jan Kawulok – w odpowiedzi nawiązał do cyklicznych spotkań z kadrą kierowniczą, jakie organizuje od lat. Na jednym ze spotkań na pytanie, czy w sytuacji gdyby dostaliby 5% budżet większy czy potrafiliby przyjąć 25% pacjentów więcej odpowiedzieli, że tak. Koszty stałe w szpitalach stanowią około 80/90% czyli przyjęcie kolejnych pacjentów zwiększa tylko koszty zmienne. Następnie poruszył kwestię obliczania ryczałtu na podstawie wzoru, do którego wstawia się dane z 2015 roku (chodzi o świadczenia wykonane a nie zapłacone). W nawiązaniu do wypowiedzi Radnego Gościniaka przypomniał, że Piekary szpital ma „emergency”, tam jest izba przyjęć. Żaden oddział chirurgiczny nie ma więcej niż 20% przyjęć ostrych, zabiegi planowe stanowią większość. Istotne jest to czy oddział potrafi przyjąć pacjenta nagle, czy jest przygotowany do tego, że jeżeli przywiozą w nocy pacjenta z wypadku będzie on zdiagnozowany i zoperowany. Piekary to robią i robi wiele jednostek. Ale są też takie do których karetka w ogóle nie wiezie pacjenta bo te placówki są zamknięte po 16. W kwestii politycznej większości, o której mówił Radny Andrzej Gościniak stwierdził, że w Sejmiku jest taka przewaga, że można każde rozwiązanie przegłosować.

Radny Andrzej Gościniak – ripostował, że różnica polega na tym, że my tutaj mając koalicję większościową realizujemy ustawy. My ich nie tworzymy, w Warszawie tworzy się ustawy. Nie możemy sobie sami stworzyć systemu. Zadaniem własnym samorządu jest ochrona zdrowia ale przykładowo przywołane Katowice jak realizują?! To jest pewien błąd tego systemu i należałoby go w jakiś sposób poprawić.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – zauważyła, że znamy te przykłady od zawsze. Nie da się wszystkiego zrobić. Na przykładzie miasta Katowice widać, że miasta mają różne podejście do szpitali. Generalnie każde miasto, Zarząd Województwa myśli co zrobić ze swoimi szpitalami. Wszyscy się zgadzamy z tym, co zostało już powiedziane w kwestii składki. Jedną z głównych przyczyn, że nasze reformy się nie udają to są sami zainteresowani czyli czynnik ludzki.

Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Katowicach, Marek Piekarski – nawiązał do pytania Pani Radnej odnośnie porównania systemu polskiego, niemieckiego i austriackiego. Za bardzo porównywać się tego nie można. Miał okazję analizować to z punktu widzenia płatnika. W tych systemach istnieją odpłatności świadczeniobiorcy, czego u nas niestety nie ma. Tam za pobyt w szpitalach za porady specjalistyczne się płaci pewną część. Jest jeszcze jedna kwestia której mówił Pan Przewodniczący Kawulok: tam nie otworzy się żadnej placówki ochrony zdrowia bez zgody administracji, która nadzoruje system. Jeżeli w Niemczech, ktoś chce otworzyć poradnię musi ją odkupić

od tego co już funkcjonuje albo czekać jak się zlikwiduje. U nas w kolejce nowo wybudowane szpitale czekają na kontrakty. Jeżeli je dostaną to odbędzie się to kosztem naszych publicznych jednostek. I będą miały miejsce sytuacje, o których mówił Pan Radny Kawulok – chorego w nocy się tam nie przywiezie, ponieważ te placówki będą świadczyły tylko te najdroższe, najbardziej opłacalne usługi. Na początku 2000 roku miał okazję uczestniczyć w tworzeniu sieci. Z perspektywy czasu uważa, że pora już uporządkować strukturę. Jeżeli przykładowo Pani Marszałek proponuje Panu Staroście przejęcie oddziału naszego przez szpital powiatowy, to słyszy odmowę, bo oddział będzie generował koszty. Z góry jesteśmy skazani by ponosić ciężar nadwykonań. W kwestii kolejek zauważył, że kolejki będą mniejsze, bo jeżeli będzie finansowanie z budżetu to żaden dyrektor nie zrobi nadwykonania, będzie musiał zaplanować swoją działalność tak jak to było kiedyś. Przyjmowało się pacjentów do szpitala, na koniec tworzyło się rezerwę około 10% na nieprzewidziane wydatki ale nikt nie przekraczał 100%. Będzie to pewnego rodzaju zdyscyplinowanie działalności.

Dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Katowicach, Barbara Daniel – podniosła kwestię oddziałów klinicznych funkcjonujących w marszałkowskich szpitalach. Zwracali już uwagę na ten problem Dyrektorowi Szafranowiczowi. Wszystkie szpitale kliniczne idą na poziom ogólnopolski, będą miały na pewno dobre finansowanie. Nasze oddziały kliniczne robią dokładnie to samo co robią szpitale kliniczne ale prawdopodobnie będą miały dużo niższe finansowanie a przecież też kształcą studentów, wykonują procedury, które wykonują szpitale kliniczne. Szpital Specjalistyczny w Zabrze nie jest szpitalem klinicznym ale ma wszystkie oddziały kliniczne. Nie będzie ogólnopolskim bo podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa a nie Minister.

Radny Jan Kawulok – zauważył, że chyba w jakimś procesie docelowym to powinno być uporządkowane, które oddziały powinny podlegać uczelni, które ministrowi a które marszałkowi czy staroście. Na dzień dzisiejszy wzór o którym była już mowa nie przewiduje innej wartości punktu przy liczeniu ryczałtu dla kategorii II, II, III. Poruszył kwestię wskaźników łóżek. Ostatnie wskaźniki łóżek w Polsce były opublikowane w roku 2000. Znaczna część dyrektorów nie chce słyszeć o wskaźnikach łóżek, bo uważają, że jest to kwestia rynku. W Jego ocenie wskaźniki powinny być, stąd projekt Profesora Religi był my bardziej bliski. W Niemczech rejestruje się do określonej liczby łóżek. U nas rejestruje się u Wojewody jeśli spełnia się wszystkie wymogi formalne, rejestruje się bo ktoś złożył kompletny wniosek. Na koniec jeszcze raz podkreślił, że największym zagrożeniem będzie to jeśli ustawa nie zostanie przyjęta.

Ad. 4

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – poinformowała że do Komisji wpłynęło pismo Wicemarszałka Województwa Śląskiego Pani Aleksandry Skowronek z dn. 03.01.2017 r. (ZD.PS.614.1.2017; ZD.PS.ZD-00003/17) z prośbą o wytypowanie Radnych do Komisji konkursowych ds. dwóch konkursów ofert dla organizacji pożytku publicznego na realizację zadań publicznych Województwa Śląskiego w dziedzinie ochrony i promocji zdrowia

Radny Andrzej Gościniak oraz Radna Maria Materla wyrazili zainteresowanie pracy w komisjach konkursowych.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda – poddała kandydatury pod głosowanie, które Komisja przyjęła jednogłośnie (za:7).

Wniosek: Komisja Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia na posiedzeniu w dniu 12 stycznia 2017 roku wytypowała przedstawicieli do prac w komisjach konkursowych z głosem doradczym do spraw otwartych konkursów ofert dla organizacji pożytku publicznego na realizację zadań publicznych Województwa Śląskiego w dziedzinie ochrony i promocji zdrowia:

- do konkursu pn. „Wsparcie działań promujących zdrowie z zakresu: profilaktyki otyłości i nadwagi, profilaktyki chorób płuc ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki antynikotynowej, profilaktyki onkologicznej, profilaktyki chorób układu krążenia, ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku senioralnym” – Panią Radną Marię Materłę,
- do konkursu pn. „Wspieranie działań wspomagających profilaktykę zakażeń HV/AIDS oraz zapewnienie odpowiedniego dostępu do informatyki i edukacji w zakresie tej profilaktyki” – Pana Radnego Andrzeja Gościniaka.

Radna Ewa Żak – zapytała Panią Wicemarszałek o Szpital Kolejowy w Wilkowicach. **Wicemarszałek Aleksandra Skowronek** – odpowiedziała, że wystąpiliśmy do Pana Prezesa z zapytaniem czy jest szansa by szpital się znalazł w sieci. Czekają na odpowiedź. Jeżeli nie będzie takiej szansy będziemy musieli szpital łączyć z Bielskiem

Radna Urszula Koszutska – upewniała się, że Szpital w Rudzie Śląskiej jest na liście

Wicemarszałek Aleksandra Skowronek – odpowiedziała, że jest w I kategorii.

Radna Ewa Żak – zasygnalizowała, że zaobserwowali w Szpitalu w Bielsku i Wilkowicach, że zgłasza się tam dużo więcej pacjentów. Ludzi boją się jak będzie dalej ze szpitalem w Wilkowicach.

Przewodnicząca Komisji Halina Bieda zakończyła posiedzenie Komisji.

Protokół sporządziła
Małgorzata Cieszyńska – Sokołowska

Przewodnicząca Komisji
Halina Bieda